

## **GE\_GERICHTE ATAS/314/2010 vom 25. März 2010**

GE Cour de justice, 2010-03-25, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_314\\_2010](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_314_2010)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/314/2010 du 25 mars 2010

IT: GE\_GERICHTE ATAS/314/2010 del 25 marzo 2010

### **Erwägungen**

#### **E. 30**

Le 27 novembre 2009, la recourante a persisté dans ses conclusions tendant à l'audition des Drs A\_\_\_\_\_ et C\_\_\_\_\_.

#### **E. 31**

Le 5 janvier 2010, à la demande du Tribunal de céans, la Dresse A\_\_\_\_\_ a transmis les renseignements suivants : Elle avait suivi la recourante du 14 juin 1999 à août 2001 puis dès le 20 avril 2007. Après des années de violence conjugale l'assurée avait décidé de demander le divorce, malgré des menaces de mort. Son époux s'était désinvesti de sa famille et l'avait laissée sans ressources. En avril 2007 elle était dans un tel état d'épuisement qu'un séjour à la clinique de Montana lui avait été prescrit. L'entretien avec la Dresse B\_\_\_\_\_ du SMR avait été catastrophique pour la patiente qui avait développé des envies suicidaires. Du 30 juillet au 19 août 2009 une deuxième hospitalisation à la clinique de Montana avait été nécessaire. Elle se plaignait de résurgence d'envies suicidaires, de douleurs somatiques aux membres, avec angoisse, nausées, sensation de vertige, crainte de chute, sommeil perturbé et fatigue quotidienne. Elle n'était pas capable de travailler à plus de 50 %. Le SMR n'avait pas fait mention de ses avis dans son évaluation.

#### **E. 32**

Le 7 janvier 2010, la recourante a transmis les documents suivants :

A/2964/2009 - 7/17 - - Un rapport du 10 janvier 2009 du Dr H\_\_\_\_\_, FMH en neurologie, concluant à une céphalée de tension et un trouble de la concentration inscrits dans une problématique dépressive. L'IRM cérébrale était bénigne. La patiente se plaignait d'asthénie persistante, de céphalées en casque et d'un léger déséquilibre à la marche. - Un rapport du Dr I\_\_\_\_\_ -

-

- , FMH chirurgie orthopédique, chirurgie de la main, relatant des paresthésies des mains. Il s'agissait d'un syndrome du tunnel carpien qu'il convenait d'opérer le 14 janvier 2010. - Un rapport du 17 novembre 2009 de la Dresse J\_\_\_\_\_, FMH en neurologie, concluant à une neuropathie bilatérale du nerf médian dans le canal carpien et une éventuelle polyneuropathie. - Un rapport du 13 octobre 2009 de la Dresse K\_\_\_\_\_, FMH médecine interne-rhumatologie, mentionnant que la patiente se plaignait de douleurs articulaires, de paresthésie des mains, de céphalées importantes. Il n'y avait pas de rhumatisme inflammatoire, un rhumatisme de type psoriasis ne pouvant être exclu; probablement un tunnel carpien ou une autre polyneuropathie. Il était fréquent de trouver des polyarthralgies en période de ménopause.

#### **E. 33**

Le 18 janvier 2010, la Vaudoise Assurances a transmis une copie complète de son dossier.

**E. 34**

le 19 janvier 2010, la recourante a transmis un rapport médical du Dr C\_\_\_\_\_ du 19 janvier 2010 selon lequel les troubles de l'état de santé diminuaient sa capacité de travail de 50 %. Il indique "La symptomatologie dépressive est toujours présente avec des douleurs somatiques, nausées et vertiges. La patiente présente encore des séquelles de son entorse grave de la cheville droite et actuellement elle est en cure chirurgicale pour un tunnel carpien bilatéral. Parallèlement, des investigations thyroïdiennes sont à poursuivre, au vu de l'existence d'un petit goitre et d'une zone nodulaire dans le lobe gauche thyroïdien. A noter que la patiente fait des efforts pour pouvoir continuer à travailler, ne serait-il qu'à 50 %, dans ce contexte psychique et somatique adverse. Ces dernières années, des maladies et des accidents n'ont fait que de se succéder, ne laissant pas de répit à la patiente".

**E. 35**

Le 10 février 2010, la Dresse F\_\_\_\_\_ du SMR a rendu un avis médical renvoyant à l'avis du SMR du 20 octobre 2009 concernant la symptomatologie

A/2964/2009 - 8/17 - dépressive et les douleurs somatiques et indiquant que le goitre nodulaire n'était habituellement pas une atteinte à la santé entraînant des limitations fonctionnelles, que cette atteinte était de toute façon postérieure à la décision querellée, que l'entorse et la cure du canal carpien n'entraînaient pas d'incapacité de travail durable et que les autres rapports médicaux n'apportaient pas d'éléments nouveaux.

**E. 36**

Le 12 février 2010, l'intimé a maintenu ses conclusions.

**E. 37**

Le 1er mars 2010, le Tribunal de céans a informé les parties qu'il entendait confier une expertise au Dr L\_\_\_\_\_ et leur a imparti un délai pour qu'elles se prononcent sur une éventuelle cause de récusation de l'expert ainsi que sur la mission d'expertise.

**E. 38**

Le 12 mars 2010, l'intimé s'est référé à un avis du SMR du 9 mars 2010 selon lequel il n'y avait pas de motif de récusation du Dr L\_\_\_\_\_ et indiquant que celui-ci ne pourra se prononcer sur un diagnostic de fibromyalgie, lequel devait être posé par un somaticien.

**E. 39**

La recourante n'a pas formé d'observations. EN DROIT 1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales statuant conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 LOJ en instance unique, sur les contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). En l'espèce, la demande de prestations a été déposée le 12 février 2008. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6

octobre 2000 (LPGA), entrée en vigueur le 1er janvier 2003 s'applique donc au cas d'espèce. Tel est également le cas des modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4ème révision), entrées en vigueur le 1er janvier 2004 (RO 2003 3852). En revanche, les modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5ème révision de la LAI), entrées en vigueur le 1er janvier 2008, ne seront prises en considération dans le présent litige que pour les faits postérieurs au 1er janvier 2008.

A/2964/2009 - 9/17 - 3. a) L'art. 69 al. 1 LAI prévoit que les décisions des offices AI cantonaux peuvent faire directement l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du canton de l'office qui a rendu la décision. b) En l'espèce, l'OCAI a communiqué à l'assuré un projet de décision en date du 1er septembre 2008, qui a été confirmé par la décision du 30 juin 2009, contre laquelle l'assuré a interjeté directement recours devant le Tribunal de céans le 18 août 2009. c) Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, devant l'autorité compétente, le recours est en conséquence recevable (art. 56 ss LPGA). 4. L'objet du litige porte sur le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité. 5. a) Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). b) Depuis l'entrée en vigueur, le 1er janvier 2004, de la nouvelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4ème révision) la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI est la suivante : «1. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins. La rente est échelonnée comme suit, selon le taux d'invalidité : 40 % au moins un quart, 50 % au moins une demie, 60 % au moins trois-quarts, 70 % au moins rente entière.». c) Selon l'art. 29 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007), le droit à la rente au sens de l'art. 28 LAI prend naissance au plus tôt à la date à partir de laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40 % au moins (let. a) ou à partir de laquelle il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de

#### **E. 40**

% au moins pendant une année sans interruption notable (let. b). 6. Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les

A/2964/2009 - 10/17 - montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 130 V 348 consid. 3.4, 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b; jusqu'au 31 décembre 2002 : art. 28 al. 2 LAI; du 1er janvier au 31 décembre 2003: art. 1 al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA; depuis le 1er janvier 2004: art. 28 al. 2 LAI en

corrélation avec l'art. 16 LPGA). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue, doivent être prises en compte (ATF 129 V 223 consid. 4.1, 128 V 174). Le revenu d'invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il y a lieu de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires (ESS) de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 126 V 78 consid. 5). Le revenu de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1 et la référence). Il doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires intervenue jusqu'au moment du prononcé de la décision. On ne saurait s'écarter d'un tel revenu pour le seul motif que l'assuré disposait, avant la survenance de son invalidité, de meilleures possibilités de gain que celles qu'il mettait en valeur et qui lui permettaient d'obtenir un revenu modeste (ATF 125 V 157 consid. 5c/bb et les arrêts cités); il convient toutefois de renoncer à s'y référer lorsqu'il ressort de l'ensemble des circonstances du cas que l'assuré, sans invalidité, ne se serait pas contenté d'une telle rémunération de manière durable (cf. AJP 2002 1487; RCC 1992 p. 96 consid. 4a). 7. D'après la jurisprudence (ATF 131 V 49 consid. 1.2), la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique, soit aussi de troubles somatoformes douloureux persistants, suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un

A/2964/2009 - 11/17 - expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 398 ss consid. 5.3 et consid. 6). Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères peuvent être déterminants. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques, d'un processus malade s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus

défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (MEYER-BLASER, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, in: Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St. Gall 2003, p. 77). Ces critères constituent un instrument, pour l'expert et l'administration (le cas échéant pour le juge), servant à qualifier la souffrance vécue par un assuré, afin de déterminer si celui-ci dispose ou non des ressources psychiques permettant de surmonter cet état; ces critères ne constituent pas une liste de vérification mais doivent être considérés comme une aide à l'appréciation globale de la situation douloureuse dans un cas concret. Si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial

A/2964/2009 - 12/17 - intact (voir KOPP/WILLI/KLIPSTEIN, Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten, in: Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1997, p. 1434, avec référence à une étude approfondie de Winckler et Foerster). On ajoutera encore que dans un arrêt récent ayant trait à la fibromyalgie, le Tribunal fédéral des assurances est parvenu à la conclusion qu'il existait des caractéristiques communes entre cette atteinte à la santé et le trouble somatoforme douloureux. Celles-ci justifiaient, lorsqu'il s'agissait d'apprécier le caractère invalidant d'une fibromyalgie, d'appliquer par analogie les principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux (ATF 132 V 65; ATFA du 17 juillet 2006, cause I 297/05). La fibromyalgie a été plus particulièrement assimilée au syndrome douloureux somatoforme persistant (ATFA du 20 avril 2006, cause I 805/04). Dans ce contexte, on rappellera encore que la reconnaissance du caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux chez de jeunes assurés doit rester exceptionnelle en l'absence de comorbidité psychiatrique (ATFA non publié du 31 janvier 2006, I 488/04 et les références). 8. a) En ce qui concerne la preuve, le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les

moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de

A/2964/2009 - 13/17 - l'expert soient bien motivées. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 352 ss consid. 3). b) Lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 353 consid. 3b/bb). c) Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee). d) En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc). e) Selon la jurisprudence (DTA 2001 p. 169), le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire judiciaire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (RAMA 1993 n° U 170 p. 136, 1989 n° K 809 p. 206). A l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le

A/2964/2009 - 14/17 - tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (voir RAMA 1986 n° K 665 p. 87). 9. En l'espèce, il apparaît que l'aspect psychiatrique requiert

une instruction complémentaire, par le biais d'une expertise judiciaire. En effet, les avis de la Dresse A\_\_\_\_\_, psychiatre traitante de la recourante de juin 1999 à août 2001 puis dès le 20 avril 2007, - soit depuis une longue période - sont en contradiction avec l'avis du SMR du 7 août 2008. Celui-ci a posé comme diagnostic une personnalité émotionnellement labile de type borderline, actuellement non décompensée F60.31, sans répercussion sur la capacité de travail et a indiqué que ce trouble s'était décompensé uniquement entre avril et le 2 juillet 2007 et qu'il n'y avait pas de signe d'anxiété ni de dépression. Or, la Dresse A\_\_\_\_\_ a mentionné le 20 avril 2007 une décompensation dépressive dans une situation de stress prolongé, le 8 octobre 2007 un état dépressif encore présent, le 4 avril 2008 un trouble dépressivo-anxieux avec des douleurs somatiques, le 20 juillet 2009 un état de santé stationnaire, le 22 juillet 2009 un état d'épuisement moral et physique ayant nécessité une hospitalisation à la clinique genevoise de Montana depuis le 20 juillet 2009 et le 5 janvier 2010 une résurgence d'envies suicidaires, des douleurs somatiques, angoisses, nausées, vertiges, de la fatigue et un sommeil perturbé entraînant une incapacité de travail de 50 %. Par ailleurs, la clinique genevoise de Montana a posé comme diagnostic les 31 mai 2007 et 9 septembre 2009 un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec somatisations. 10. Au vu de ce qui précède, le Tribunal de céans ordonnera une expertise psychiatrique qu'il confiera au Dr L\_\_\_\_\_, médecin spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, médecin au service de psychiatrie des Hôpitaux Universitaires de Genève, chemin du Petit-Bel-Air 2, 1225 Chêne-Bourg.

A/2964/2009 - 15/17 -

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.